THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
MENTION MÉDECINE

ANNÉE 1930 N° 18

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

STYLIANOS S. PAPASTEPHANOU
Interne à l'Asile de Rouffach
né à JAFFA le 20 Novembre 1904
de Nationalité Egyptienne

CAS D'HÉBÉPHRÉNIE DÉBUTANT PAR UN ÉTAT FÉBRILE

(UN SYNDROME INFECTIEUX LIMINAIRE DE L'HÉBÉPHRÉNIE)

Président: M. CHAVIGNY, Professeur

STRASBOURG
Librairie Universitaire d'Alsace
1930

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
MENTION MÉDECINE

ANNÉE 1930 N° 18

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

STYLIANOS S. PAPASTEPHANOU
Interne à l'Asile de Rouffach
né à JAFFA le 20 Novembre 1904
de Nationalité Egyptienne

CAS D'HÉBÉPHRÉNIE DÉBUTANT PAR UN ÉTAT FÉBRILE

(UN SYNDROME INFECTIEUX LIMINAIRE DE L'HÉBÉPHRÉNIE)

Président : M. CHAVIGNY, Professeur

STRASBOURG
Librairie Universitaire d'Alsace
1930

Travail de l'Asile de Rouffach et de l'Institut médico-légal psychiatrique de Strasbourg

CAS D'HÉBÉPHRÉNIE DÉBUTANT PAR UN ÉTAT FÉBRILE

(UN SYNDROME INFECTIEUX LIMINAIRE DE L'HÉBÉPHRÉNIE)

STRASBOURG
Librairie Universitaire d'Alsace
1930

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. ANCEL ✲ ⸙ I.
Assesseur	MERKLEN ✲ ⸙ I.

Professeurs

Embryologie	MM. ANCEL ✲ ⸙ I.
Anatomie	FORSTER ✲ ⸙ I.
Histologie	BOUIN O. ✲ ⸙ I.
Physiologie	SCHAEFFER ⸙ I.
Physique biologique	VLES ✲ ⸙ A.
Chimie biologique	NICLOUX ✲ ⸙ I.
Antatomie pathologique	MASSON ✲ ⸙ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	AMBARD ✲ ⸙ I.
Hygiène, Bactériologie	BORREL C. ✲ ⸙ A.
Médecine légale	CHAVIGNY C. ✲ ⸙ I.
Clinique médicale	MERKLEN ✲ ⸙ I.
	X.....
Clinique chirurgicale	LERICHE O. ✲ ⸙ I.
	STOLZ ✲ ⸙ I.
Clinique ophtalmologique	WEILL ⸙ I.
Clinique dermatologique	PAUTRIER O. ✲ ⸙ I.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✲ ⸙ I.
Clinique neurologique	BARRÉ ✲ ⸙ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB ⸙ A.
Clinique infantile	ROHMER ✲ ⸙ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique	CANUYT ⸙ A.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ⸙ A.	MM. FONTÈS ⸙ A.
BELLOCQ ⸙ I.	GÉRY ⸙ A.
	SCHWARTZ ⸙ A.

Chargé de cours et Agrégés:

MM. BLUM (Paul) ✲ ⸙ I.	MM. KELLER ⸙ A.
GELMA ⸙ A.	LAROUSSE
GUNSETT ✲ ⸙ A.	SIMON ✲
HANNS ✲ ⸙ A.	VAUCHER ⸙ A.
HUMBERT ✲ ⸙ A.	WEISS A.

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

je dédie ce modeste travail
en témoignage d'affection et de
profonde reconnaissance

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MES AMIS

A TOUS CEUX

grâce auxquels, en France, et
particulièrement à Strasbourg
et à Rouffach, je me suis senti
moins seul, et moins loin des
miens.

A mon maître et président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAVIGNY

Médecin-Général de l'Armée
Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Strasbourg
Commandeur de la Légion d'Honneur

En témoignage de gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre Thèse.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

A MONSIEUR LE DOCTEUR GELMA

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg

Qui fût toujours pour nous le maître très bienveillant, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui nous a prodigué, en même temps que les précieux conseils de son expérience et de son savoir, les témoignages agissants d'une sympathie que nous n'oublierons jamais.

Qu'il veuille bien trouver ici un faible témoignage de notre profond respect, et de notre grande reconnaissance.

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR A. PRINCE

Médecin-Chef de l'Asile de Rouffach

En témoignage de gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en nous admettant dans sa collaboration.

Qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre vive reconnaissance pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Qu'il nous soit permis d'exprimer également ici notre vive reconnaissance à Messieurs les Docteurs BRISSOT, Directeur-Médecin en chef, JABOUILLE et ADAM, Médecins-chefs de l'Asile de Rouffach, de nous avoir si aimablement accueilli à Rouffach, et de la bienveillance, qu'ils n'ont cessé de nous témoigner pendant tout notre séjour à l'Asile.

Ils peuvent être assurés de notre affection et de notre très respectueux attachement.

Nous garderons de nos camarades d'Internat Melle Baltès, et M.M. Eliadès et Anagnostopoulos le souvenir le plus affectueux.

AVANT - PROPOS.

Le terme de *démence précoce* qui a pris une place importante dans la psychiatrie depuis plus de 30 ans, a eu une singulière fortune. —

Résumé seulement à quelques formes, tout d'abord, il n'a cessé d'acquérir une compréhension de plus en plus étendue. Son nom menace de tomber en désuétude et, actuellement, on se croit plus à l'abri de l'imprécision, en cachant ce qu'on limite si mal sous le nom de schizophrénie. —

En réalité, pour rester clair et se maintenir dans un cadre acceptable, il serait nécessaire de revenir à l'acceptation première de l'appellation *démence précoce* et lui réserver les cas bien définis, sur lesquels tout le monde s'accorde, qui concerne *l'Hébéphréno-Catatonie*

La délimitation de ce cadre nosologique, si envahissant, se ferait bien si, l'anatomie pathologique ou l'étiologie, devaient apporter des éléments d'information précise dans ce problème. Mais, jusqu'aujourd-hui, *les constatations anatomiques* n'ont pas de netteté, il faut bien le dire, et ce n'est pas encore sur cette base, si importante de l'autopsie, qui peut s'édifier la conception de Kraepelin, fondée, d'ailleurs, sur les travaux antérieurs de Morel, Kahlbaum, Hecker. etc...

L'étiologie de la *démence précoce* est également très vague. Cependant nous croyons que c'est de ce côté-là, que les recherches donneront des résultats satisfaisants.

M. E. Gelma, à qui nous devons le sujet de cette Etude, avait remarqué qu'un certain nombre de malades débutaient, dans la *démence précoce, par un épisode infectieux souvent très fruste, très passager.* Une fois la maladie fébrile, une fois les phénomènes généraux disparus, le syndrome mental s'installait très vite et souvent d'une façon définitive. —

Notre but a été de recueillir un certain nombre de cas typiques qui pourront être le point de départ d'autres recherches. —

I. **Délimitation de la question.**

Par hébéphrénie on entend une forme de démence précoce juvénile, qui débute assez brusquement vers l'âge de 15 à 20 ans, à la période post-pubérale et qui après une évolution plus ou moins rapide aboutit à une dissociation psychique comparable à celle des autres catégories de démences précoces. —

II. **Conceptions générales sur l'étiologie et la Pathogénie de la démence précoce.**

La fréquence de la démence précoce est beaucoup plus grande que celle de la paralysie générale. On observe cette maladie dans tous les pays. Toutes les classes de la société et toutes les races y sont sujettes. La fréquence globale de cette affection par rapport à la totalité des affections mentales varie avec les statistiques et les conceptions nosographiques de leurs auteurs. D'après Kraepelin, elle fournit 14 à 15 % du total des admissions. Pour Sérieux et Masselon 12 % pour les hommes et 14 % pour les femmes. Pour Melle Pascal, 30 à 45 %. Aujourd'hui on considère que les différentes variétés de démence précoce constituent la plus grande partie du fonds des malades chroniques des Asiles. —

L'influence du sexe n'a aucune valeur étiologique; elle est à peu près égale dans les deux sexes. *L'âge* joue un rôle considérable dans la genèse de la démence précoce. Cette affection est spéciale surtout à la jeunesse. A quelle époque est-elle le plus fréquente? Pour Régis c'est une maladie essentiellement climatérique, c'est à dire liée à l'influence d'une époque déterminée de la vie, l'adolescence. —

Rogues de Fursac dit que plus des deux tiers des cas débutent avant la vingt-cinquième année. Si l'on interroge les faits on constate qu'elle apparait le plus souvent entre douze et quinze ans et entre vingt et vingt-cinq ans.

D'après ces données, plusieurs auteurs, parmis lesquels Kraepelin, ont cherché à établir une relation étroite entre la démence précoce et la puberté. Mais il y a des cas de démence précoce qui surviennent avant la puberté, d'autres après l'adolescence, et même selon certains auteurs, au cours de l'âge mûr. —

La démence précoce peut survenir aussi à la ménopause (Kraepelin, Sérieux). —

Cette notion de la ménopause est en rapport avec l'idée d'une auto-intoxication.

Quelles circonstances favorisent l'éclosion de cette maladie? Depuis *Esquirol* qui l'appelait *„Idiotie acquise ou accidentelle"* et Morel qui l'a décrite sous le nom de *„Stupidité ou de démence juvénile"*, des opinions souvent plus contradictoires les unes que les autres ont été émises par les auteurs sur ce sujet, sans

que la solution du problème en soit à l'heure actuelle beaucoup plus avancée. —

Vers 1814 Esquirol faisait rentrer la démence précoce dans le cadre des idioties acquises. — *Morel* parle de démence précoce dans ses *„Etudes Cliniques"* (1851—1853) au chapitre de la *„Stupidité";* il s'agit de cas survenant chez des jeunes gens et caractérisés par une *„transition rapide à la démence".* Il considère le processus psychopathique comme lié à des causes organiques héréditaires. —

En 1863 Kahlbaum avait décrit la catatonie; *Hecker* (1871) avait réuni l'ensemble des formes sous le nom d'hébéphrénie. —

Kraepelin en 1893, a groupé toutes les descriptions antérieures embrassant, en une entité clinique, la démence précoce. —

La démence précoce de Kraepelin est une vaste synthèse où se fondent et se confondent la stupidité de Morel, la catatonie de Kahlbaum, l'hébéphrénie de Hecker, les démences vésaniques, la paranoia, les délires polymorphes des dégénérés et les délires systématisés hallucinatoires. Cette conception est basée sur l'évolution et le pronostic du processus morbide.

Kraepelin la caractérise comme une *maladie propre de la jeunesse, de nature nettement organique, de symptomatologie polymorphe et diffuse, d'évolution vers un processus de destruction de personalité psychique.* Il attribue largement les lésions de l'écorce cérébrale de la démence précoce à une *auto-intoxication d'origine génitale.* Masselon considère que cette opinion peut

être soutenue par la période de la vie à laquelle débute la maladie, époque de la puberté, de la menstruation, de l'état puerpéral. —

Pour *Christian* la démence précoce est la conséquence d'un épuisement nerveux produit par la puberté, aidé ou non de causes occasionnelles comme le surmenage.

Régis distingue dans la démence précoce deux types essentiellement différents: 1) *Une démence précoce constitutionnelle, d'origine dégénérative et apparaissant à la puberté* 2) *Une démence précoce post-confusionnelle, d'origine toxique ou infectieuse, où la symptomatologie est dominée par la confusion mentale chronique.*

«La confusion mentale, dit Régis, est pour nous le type du trouble acquis de la véritable maladie psychique; c'est elle qui exige le moins de prédisposition constitutionnelle et qui correspond le plus parfaitement dans le domaine de la psychiatrie aux maladies viscérales conçues d'après les théories modernes de la Pathologie générale. Or, les récentes recherches sur la démence précoce tendent manifestement à en faire la grande maladie mentale, dégagée de plus en plus, dans sa forme ordinaire, non dégénérative du déterminisme constitutionnel des anciennes vésanies et dégénérescences, et explicable dans son évolution, sa symptomatologie et même sa signification anatomique par l'action d'une auto-intoxication lente, du même ordre biologique que celle qui produit les maladies somatiques et qui n'exige, comme elles, qu'une prédisposition banale, sans doute par fragilité native du tissu cortical.

70 % des cas. Christian dans 43 % des cas. etc. D'après Melle Pascal, les chiffres concernant l'hérédité sont au-dessous de la réalité; les renseignements fournis par la famille sont toujours incomplets.

Selon *Chaslin,* les jeunes gens voués à la démence précoce hébéphrénique, sont parmi ceux, qui dès leurs premières années n'ont jamais présenté aucun signe quelconque de trouble moral ou d'anomalie intellectuelle. —

L'hérédité est quelquefois similaire, quelquefois aussi la démence précoce est familiale, et se rencontre chez plusieurs frères et soeurs d'une même famille. —

Des restrictions aussi doivent être faites en ce qui concerne *l'hérédité syphilitique* des déments précoces; de nombreuses observations ont été publiées dans ce sens mais on ne peut les généraliser.

La syphilis acquise a été également incriminée. Marchand a présenté deux observations de femmes devenues démentes précoces alors que leurs maris ont présenté ultérieurement de la Paralysie Générale.

La fréquence de la *Tuberculose* dans la démence précoce a fait admettre un lien entre les deux affections. Il est certes banal de remarquer la coexistence de la tuberculose et du syndrome de la démence précoce et très nombreux sont les auteurs qui ont mis en lumière ce point (Klippel, Régis, Dide, Laignel Lavastine etc....).

D'après *Klippel* la toxine tuberculeuse à doses légères lèse le tissu neuro-épithelial et détermine la démence précoce; à doses plus fortes, elle agit sur les éléments

vaseulo-conjonctifs et peut créer une paralysie générale, qu'il appelle Paralysie Générale Tuberculeuse.

Mais si les observations sont nombreuses où l'on a pu observer la présence de la tuberculose il est assez exceptionnel que cliniquement on parvienne à démontrer le rôle étiologique de l'infection bacillaire dans le syndrome de la démence précoce. Il existe de nombreux cas, où le processus tuberculeux est une conséquence de la maladie mentale. Certains déments précoses deviennent tuberculeux parce qu'ils s'alimentent mal, et parce que leur genre de vie les prédispose à cette affection et constitue un terrain de prédisposition bacillaire. Il faut donc distinguer entre ceux où la tuberculose précède et peut déterminer la démence précoce et ceux chez lesquels elle n'en est qu'une complication incidente. C'est ainsi que Steck, en se basant sur des résultats d'autopsie réfute les arguments de Wolfer, sur l'origine tuberculeuse de la démence précoce, qui est considérée par cet auteur comme une variété du groupe des «paraphrénies d'origine phymateuse». — Il est toujours difficile d'indiquer dans chaque cas les rapports de cause à effet. —

Certains auteurs, Kraepelin en particulier, attribuent *aux glandes sexuelles* une influence très grande dans la pathogénie de la démence précoce. La fréquence de cette affection à la puberté et pendant la puerpéralité, les troubles menstruels, les rechutes à la ménopause militent, dit-il, en faveur de cette hypothèse.

D'autres insistent sur l'importance d'autres *glandes à sécrétion interne,* les glandes thyroides en particulier.

Lundborg incrimine les glandes parathyroides dans la genèse des troubles catatoniques. Mais le traitement opothérapique ne donnant jamais des résultats l'origine endocrinienne de la démence précoce est encore loin d'être nettement établie. —

De toutes ces considérations étiologiques et pathogéniques, il se dégage que ni l'hérédité, ni l'hérédo-syphilis, ni la dégénérescence, ni la tuberculose, ni les troubles endocriniens ne sont suffisants, dans tous les cas, pour créer la démence précoce.

Ce sont des étiologies vagues, banales, que l'on retrouve partout, et même chez des gens bien portants. En réalité, dans la démence précoce ces différents facteurs pathogéniques ne sont guère plus marqués qu'ailleurs. —

Seulement on constate que, souvent, chez ces malades il y a de l'hérédité neuro-vésanique et qu'en somme dans la plupart des cas, la démence précoce n'est pas plus «acquise», que la psychose maniaque-dépressive.

L'opposition que l'on fait entre les maladies mentales constitutionnelles et les maladies mentales acquises (Kraepelin) n'est pas si marquée en *clinique.* C'est là une conception principalement théorique qui va souvent contre les faits observés. —

Dans cet ordre d'idées, nous allons rapporter quelques observations de malades jeunes, sans tares hérédi-

taires connues, dont la maladie a débuté par une poussée fébrile, souvent assez fruste, banale, de nature variable et qui ont évolué ultérieurement et d'une manière assez rapide dans le sens de l'hébéphréno-catatonie. Il nous a semblé qu'il y avait là une étiologie infectieuse, un peu spéciale, de la démence précoce, se rapprochant jusqu'à un certain point des états psychopathiques et démentiels qui se développent consécutivement à une atteinte d'encéphalite léthargique. Mais nous devons ajouter que chez nos malades, nous n'avons trouvé aucun des signes de l'encéphalite léthargique, et que le seuil de leur maladie mentale est constitué simplement par un syndrome infectieux plus ou moins accusé, parfois même assez fruste, *mais tout à fait constant*.

Observation I. (Personnelle)

(Service de M. le Dr. P r i n c e)

La malade B. M. née le 8 septembre 1906, célibataire, servante, entre le 28 août 1926 à l'Asile de Rouffach où elle se trouve encore à l'heure actuelle. Cette jeune malade n'a jamais eu aucune maladie physique grave dans sa jeunesse. A été toujours gaie, de bonne humeur, intelligente, bonne élève à l'école. Règles régulières normales à partir de l'âge de 13 ans. A l'âge de 15 ans, s'est engagée comme bonne à tout faire à Paris où elle a travaillé pendant 4 ans, à la plus grande satisfaction de ses patrons.

Le 8 avril 1926, la malade a présenté un état infectieux, caractérisé par des troubles gastro-intestinaux plus ou moins accusés avec constipation, douleurs dans la région épigastrique et fièvre (39°5 le matin, et 38°6 le soir) qui a duré trois à quatre jours. A été soignée à Paris par le Docteur Lestelle qui lui a prescrit quelques médicaments calmants diète hydrique, compresses chaudes sur la région épigastrique et de lavements purgatifs. Trois jours après cet état gastro-intestinal fébrile, la malade se sentait fatiguée, disait qu'elle ne pouvait presque plus marcher, sentait des brûlures au niveau de l'estomac.

Cet état empirait de jour en jour et sur le conseil de son médecin (Dr. Lestelle — Paris) la malade est

rentrée chez elle où ses parents ont remarqué un changement dans son état mental. La malade qui, avant son atteinte fébrile aimait sortir, ne voulait plus voir personne, préférait rester seule, était toujours triste, pleurait beaucoup. —

Chez elle dans son village la malade a été soignée par le Dr. Hauber, non parce qu'elle avait des douleurs à l'estomac, ni pour la fièvre, mais pour des troubles mentaux caractérisés par des accès d'angoisse, avait peur et poussait des cris. —

Elle présentait en outre des idées d'empoisonnement, se défiait de tout et de tous, s'alimentait mal et ne dormait presque plus. (Mai 1926). Cet état mental s'aggravait de jour en jour, la malade devenait méchante, frappait sa mère, jetait tout par la fenêtre, ne reconnaissait plus ses parents, refusait la nourriture, criait, chantait, riait, pleurait sans motifs. Etait en outre très hallucinée. Avait des hallucinations auditives (entendait des voix impératives) et visuelles (voyait des personnes qui se dirigeaient vers elle). —

Les parents de la malade espéraient toujours qu'une amélioration allait intervenir, mais comme, au contraire, son état continuait à s'aggraver davantage, sur le conseil de leur médecin, avaient fait transporter (la malade à l'Asile le 28 août 1926. —

A son entrée Melle B. est agitée, tient des propos incohérents, est désorientée, répond à côté des questions qu'on lui pose, a des petits accès de rire. Son humeur est mobile: elle danse, chante, crie, puis tout à coup éclate en sanglots. Elle fait du bruit, ne reste pas as-

sise, veut tout le temps courir dans la salle, cherche à arracher les clefs aux infirmières, présente de la fuite des idées, est constamment inattentive. N'est pas orientée dans le temps et l'espace. Si on lui demande «est-ce un hôpital, un couvent ou une prison» elle répond «on dirait que c'est une prison mais je n'ai rien fait.»

Si on lui demande la date elle ne répond pas.

S'alimente mal, repousse l'assiette. A dit à une infirmière qu'elle entend tout le temps parler dans les oreilles. Dit qu'elle ne voit rien, devant les yeux, qu'elle n'a ni frère, ni soeur, ni oncle et qu'elle n'a jamais battu sa mère.

A l'examen physique:

Poumons s. p.
Coeur s. p.
Pouls 82.

Langue en bon état. Rien du côté de l'abdomen. Urines sans sucre ni albumine.

Température normale.

Pupilles en mydriase, rondes, égales, régulières réagissant normalement à l'accomodation et à la lumière. — Réflexes tendineux et cutanés: normaux

Babinsky: négatif.
Acrocyanose.

Cette jeune fille ne présente aucune hérédité névropathique et vésanique. Le père est mort de cancer de l'estomac. La mère est en bonne santé. A un frère et une soeur en bonne santé.

En Décembre 1926, son état n'a pas changé. Les idées, les propos n'ont aucune suite. Elle est toujours négativiste, violente, se cache la plupart du temps sous les couvertures, rit sans motifs, est très impulsive. Sitiophobique, a dû être souvent nourrie à la sonde oesophagienne. Ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Reçoit mal sa famille quand elle vient la visiter. —

En février 1927. La malade devient brusquement loquace, tient des propos incohérents, est agitée, ne répond pas quand on la questionne ou répond à côté; on lui annonce sa sortie prochaine, cette nouvelle la laisse froide. Indifférence et oisiveté complètes.

En Décembre 1927., état mental plutôt aggravé Discordante, indifférente. Se dispute souvent avec ses voisines — s'exite par intervalles, menace, cherche à frapper, fait du maniérisme, propos grossiers et incohérents, toujours désorientée et hallucinée. —

En 1928 et 1929. — Rien à ajouter au tableau clinique précédent. Indifférente à tout ce qui l'entoure, elle se rend mal compte de ce qui se passe autour d'elle, est mal orientée, n'a aucune notion exacte ni du milieu dans lequel elle se trouve, ni du temps qui s'est écoulé depuis son entrée.

Avril 1930. — Lenteur des conceptions, négativisme, mutisme habituel, rires automatiques, tendances à la violence, indifférence affective et émotionnelle. Cet état, qui dure depuis plus de 3 ans, n'a aucune tendance à guérir. Bien au contraire, le diagnostic de démence précoce, se confirme chaque jour davantage.

En résumé: *Jeune femme de 20 ans : — Aucune hérédité neuro-psychopathique. — Aucun antécédent pathologique personnel, pas plus que chez les ascendants ou collatéraux. Est entrée assez rapidement dans la démence précoce, à la suite d'un épisode infectieux fébrile à forme gastro-intestinale qui a duré quelques jours. Les phénomènes d'allure aigue ont vite disparu, mais ils ont laissé après eux, un syndrome hébéphrénique avec tous ses signes habituels. —*

Observation II. (M. E. Gelma. Résumée)

Jeune homme de 16 ans, élève de troisième (Section A) d'un lycée, fils unique, de parents excerçant une profession libérale, très bon élève, le premier de sa classe pour le grec et le latin. Ce jeune homme qui n'a jamais été malade est d'une forte stature. La mère à un caractère un peu sombre. Elle aurait fait quelques années auparavant un accès de dépression. Ce garçon a toujours été élevé très religieusement et s'est toujours bien comporté. Education surtout portée du côté moral et peut-être par trop dirigée dans le sens antisexuel.

Au cours de l'année scolaire, dans la saison froide, il contractait une affection fébrile que le médecin de famille considéra comme une affection ourlienne. Le diagnostic ne parait pas avoir été très nettement établi. En tout cas après la convalescence les professeurs du lycée remarquèrent chez leur élève une tendance à la rêverie, à la distraction. Ce jeune homme faisait bien ses devoirs et préparait bien ses leçons, mais il paraissait perpétuellement distrait. Un jour il fit à ses parents une scène de violence tellement inacoutumée qu'on demanda l'avis de psychiatre. —

Au moment de l'examen psychiatrique on constatait d'une part l'indifférence, l'hostilité à l'égard des parents, l'attitude figée pendant des heures dans une

chaise ou dans le lit, le mutisme qui ne pouvait être interrompu que par des interpellations pressantes.

Le malade conservait cependant l'intégrité de ses facultés d'acquisition et de comparaison ainsi que la mémoire. Dans les premiers temps de sa maladie en plein autisme, il restait capable d'exécuter des versions latines et des thèmes grecs pour ainsi dire sans fautes. Pour les thèmes par exemple il n'omettait pas de poser les accents. Il a traduit sans dictionnaire la première partie du «Notre Père» A côté de ces troubles psychiques on notait des élévations de température très soigneusement prises matin et soir. Température qui était toujours le soir voisine de 38°,8 38°,9 et le matin 37°,5. Ces élévations thermiques incitèrent M. Gelma à faire pratiquer des hemocultures en séries. Celles-ci furent effectuées par le Professeur B o e z au laboratoire de Bactériologie de la Faculté de Médecine. M. B o e z employa son procédé pour la recherche des anaérobies. Ces hemocultures n'apportèrent aucun résultat utile; elles se montrèrent négatives. —

Bientôt les troubles s'accentuèrent; autisme de plus en plus profond, émission d'idées délirantes avec illusions de la vue et interprétations sur des thèmes variés de persécution dirigée contre l'entourage et la famille, perte de sens de la pudeur, onanisme même devant ses parents, érections fréquents avec, par moments, priapisme, raptus de plus en plus violents, clastomanie, tentative de suicide, réactions qui ont nécessité son transfert dans une Maison de Santé des environs de Paris, où il se trouve encore depuis six ans.

En résumé : Jeune homme très bon état de santé physique et psychique depuis 16 ans qui, après un état infectieux subaigu avec certain caractère ourlien et continuation pendant un certain temps d'un état subfébrile est entré dans la démence précoce avec tous les caractères qui ont fait de lui, rapidement un schizophrène à la période d'état. —

Observation. III. (Personnelle).

(Service de M. le Dr. J a b o u i l l e)

Jeune femme de 18 ans, développement intellectuel normal, a passé avec succès son certificat d'études à 15 ans. S'est montrée toujours bonne élève. Réglée vers 14 ans; a toujours été d'un caractère timide. On ne révèle rien d'intéressant dans ses antécédents familiaux. Cette jeune malade qui était toujours bien portante, a présenté deux mois avant son admission à l'Asile de Rouffach une affection fébrile caractérisée par des troubles gastro-intestinaux, douleurs vagues dans le bas-ventre, vomissements alternatives de constipation et de diarrhée, anorexie, céphalées tenaces, surtout nocturnes, douleurs lombaires assez fortes. Dans les urines on notait la présence d'une quantité élevée d'albumine (2 gr.). A ce syndrome gastro-intestinal s'ajoutait une atteinte légère des voies respiratoires qui se traduisait par un catarrhe oculo-nasal, un peu de toux, d'enrouement, légère dyspnée d'effort, expectoration mucopurulente, quelques râles de bronchite disseminés aux deux bases. La fièvre, à type subaigu se traduit par une température oscillant tous les jours entre 37° le matin, et 38°5 le soir. Cet état fébrile a persisté pendant quatre à cinq jours durant lesquels la jeune malade a dû s'aliter. Après que ces signes furent amendés, les parents de la jeune fille remarquèrent chez leur enfant des troubles du caractère et de

l'humeur. Tout de suite après sa convalescence la petite malade devient indifférente, bizarre, ne parle presque pas, ne s'intéresse plus à rien. Présente des accès confusionnels entrecoupés par des périodes de lucidité, prend des attitudes bizarres, se montre hostile envers sa mère, parfois cependant elle se livre à de brusques élans de tendresse. Est très désobéissante, fait toujours le contraire de ce que les parents désirent. Refuse souvent à s'alimenter, reste dans un coin des heures entières, indifférente et muette. A fait plusieurs fugues sans raison et deux tentatives de suicide par submersion. Comme cet état mental s'aggravait tous les jours davantage, les parents, sur le conseil de leur médecin, ont fait transporter leur fille à la Maison de Santé de Rouffach où elle se trouve encore à l'heure actuelle.

Pendant son séjour à l'Asile cette malade, présentait des périodes d'excitation de courte durée plutôt, qui alternaient avec des périodes de calme plus ou moins longues. Elle paraissait à son arrivée un peu déprimée et apathique, ne dormait pas, se plaignait de maux de tête, prétendait voir un homme à la fenêtre qui lui annonçait sa prochaine exécution. Elle ne savait pas expliquer les deux tentatives de suicide par submersion qu'elle avait faites, se contentait de dire: «Je ne sais» et en même temps «je ne sais pas pourquoi je suis allée dans l'eau». Quand on lui adressait la parole elle riait sans motifs ou donnait des réponses discordantes, faisait des mouvements stérotypés était maniérée. Prétendait entendre des voix. On lui parle par

T. S. F. Parfois les voix sont perçues à l'oreille, parfois c'est dans la tête qu'elle les entend.

Quelques semaines plus tard elle devenait très agitée et violente, déchirait ses habits, tenait des propos sans suites, était négativiste, et érotique. Ces accès d'excitation et de calme alternatifs se montraient chez cette malade pendant deux années. Les périodes d'excitation diminuaient au cours de l'évolution de la maladie quant à leur durée et leur intensité de sorte que notre malade est arrivée peu à peu dans cet état d'affaiblissement presque global dans lequel elle se trouve depuis des années déjà.

La plupart du temps on la rencontre accroupie dans un coin, oisive, sans s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle et dans l'indifférence, la plus complète. Ces troubles de l'activité sont devenus de plus en plus nets et actuellement cette malade passe toutes ses journées sans se livrer à aucune occupation. Elle ne parle pas, elle est absolument apathique. Elle est néanmoins calme et très docile; elle vient à table elle-même aux heures des repas et s'alimente seule. Les sentiments affectifs paraissent totalement disparus. Son attention est assez facilement fixée, mais elle répond aux questions d'un air de fatigue et d'ennui, en faisant le minimum d'effort intellectuel pour évoquer un souvenir ou associer deux idées. Aussi est-ce toujours un «je ne sais pas» indifférent qui est sa première réponse. Elle donne ensuite des réponses complètement discordantes. A ces syptlmes, s'ajoutent des accès fré-

quents de rires immotivés. En plus, la malade n'a aucune conscience de sa situation morbide. —

En résumé : Femme jeune, intelligente, exempte de tares héréditaires ou acquises, bien portante physiquement jusqu'à l'âge de 18 ans, a fait des troubles psychiques à allure schizophrénique passés actuellement à l'état chronique. Aucune autre étiologie qu'un épisode fébrile fruste, à type subaigu qui a duré seulement quatre à cinq jours. —

Observation IV. (Personnelle)

(Service de Mr. le Dr. P r i n c e)

La malade S. J. née le 30 Mai 1909, célibataire, ouvrière, entre à l'Asile de Rouffach le 28 août 1929.

Cette jeune fille qui n'a jamais été sérieusement malade est dans un état physique très satisfaisant. La malade a toujours été douée d'un caractère doux et calme. — A fréquenté l'école primaire, avait toujours l'esprit éveillé et vivace, la conduite irréprochable, aimait le travail, était une bonne ouvrière. Réglée depuis l'âge de 14 ans. — Le 18 juillet 1929, six semaines avant son internement, la malade a présenté un léger état grippal avec frissons, fièvres aux environ de 38°, courbatures, céphalées, douleurs surtout dans les membres, sensation de grande fatigue, douleurs vagues dans l'abdomen. —

Cet état fébrile n'a duré que trois jours pendant lesquels la malade a dû rester alitée. — Après, a repris son travail à l'usine, mais on a constaté à ce moment un léger changement dans l'état mental de la malade. Elle ne parlait presque plus, était déprimée, avait des accès de tremblements.

Après un mois de travail à la fabrique, elle revient un jour chez elle en pleurant, disant qu'elle ne pouvait plus travailler. Le mercredi 21 août 1929 elle a dû quitter le travail. Au chef du personnel auquel elle

a demandé la permission de sortir elle donnait des réponses confuses. —

Le Jeudi 22 et Vendredi 23 août on a pu constater une diminution du jugement et surtout de la mémoire qui s'accentuait les jours suivants. La malade riait ou pleurait sans motifs, chantait, agitait continuellement bras et mains et voyait des taches de sang sur le dos des mains et ceci quand elle travaillait encore. Refusait toute nourriture à partir du 26 août 1929. Bientôt l'agitation reparait et devient telle que l'on est obligé de recourir à l'internement. La malade nous a été amenée par les soins de l'hôpital civil de Mulhouse avec le certificat du Dr. Mutterer ainsi conçu: Le médecin soussigné certifie que S. J. 20 ans, de Mulhouse, est atteinte d'aliénation mentale. Depuis quelques jours cette malade souffre d'hallucinations de la vue et de l'ouie, elle est désorientée, parfois agitée, refuse la nourriture. Dans ces conditions etc ..... etc ..... »

A l'entrée, cette malade a un aspect étrange, égaré; ses attitudes sont affectées, maniérées; sa tête, ses mains son corps tout entier sont animés de mouvements. Remue les bras, les jambes d'une manière pseudo-choréique. Parle seule en forgeant des mots, en gesticulant, en riant. Loquacité incohérente. Rires immotivés. Ne peut fournir des réponses valables, ne fait pas attention à ce qu'on lui demande, ou répond à côté, ou encore par des néologismes. —

L'examen physique est négatif. —
Poumons et coeur en bon état.
Pouls un peu rapide (80).
Langue légèrement saburrale. Aucune réaction abdominale.
Urines normales.
Température 36°7.
Pupilles en mydriase, régulières, rondes égales, réagissant normalement à la lumière et à l'accomodation.—
Réflexes cutanés normaux.
Babinsky négatif. —
Examen du liquide céphalo-rachidien, négatif.
Cette malade ne présente aucune hérédité vésanique et névropathique. Le père est mort d'une affection hépatique. La mère est en bonne santé. Elle a 6 frères et 4 soeurs tous en bonne santé. La malade est le onzième enfant et le dernier de la famille.

Examen le 11 septembre 1929. — Elle est très confuse. Aspect hébété. Pâleur. Mouvements lents. Semi-catatonisme- parfois catatonie complète. Ne prononce que de rares paroles sans suite. Excitation intermittente. Ne sait où elle est. Va et vient autour de son lit. — On lui parle, elle ne semble pas entendre; elle regarde autour d'elle avec étonnement, parait écouter, comme si elle avait des hallucinations. —

Novembre 1929. — Aggravation de l'état mental. Indifférence absolue. Rien ne l'intéresse. Ne s'occupe de rien. Est complètement désorientée. Sitiophobies fréquentes.

Avril 1930. — Etat mental sans changement. Parle seule à voix basse, propos sans suite, accès fréquents de sitiophobie et de négativisme, fait du bruit, crie par moments, s'excite souvent. Son état physique est très satisfaisant. —

En résumé : Jeune femme de 19 ans, sans antécédents héréditaires et personnels. Affection grippale 6 semaines avant son internement. Aucune manifestation mentale anormale auparavant. Après l'état grippal installation de l'hébéphréno-catatonie. —

Observation V. (M .E. Gelma — Résumée)

Jeune fille de 20 ans envoyée par le Professeur Léon Blum pour troubles psychiques. Il s'agit d'hébéphrénie c'est-à-dire d'un syndrome schizophrénique avec autisme réactions absurdes, agitation incohérente, inaccessibilité, négativisme, périodes de stupeur avec grimaces stéréotypées et de temps à autre émission d'idées délirantes assez mobiles et de caractères transitoires. —

Les troubles ont commencé en 1920 et durent encore aujourd'hui. Ils ont débuté par un complexus symptomatique nettement médical: embarras gastriques, alternatives de constipation et de diarrhée, vomissements par moments incoercibles, légère élévation de la température qui ont fait considérer qu'il s'agissait d'un état grippal à forme gastro-intestinale.

Ensuite se sont installés progressivement l'aménorrhée puis des troubles du caractère: bizarreries, attitudes désagréables avec les parents, désirs fantasques, contrastant avec les habitudes d'ordre antérieur, propension aux achats inconsidérés, dispendus et inutiles en rapport surtout avec les besoins de la toilette (achat de poudre de riz, parfums, Eau de Cologne en quantité et variétés imvraisemblables) petites fugues du domicile paternel en bicyclette parfois même sans considération pour le moment et l'habillement, sorte de raptus d'achat aux cours desquels elle fait l'acquisition des pianos etc.....

Cette malade, fille unique, ne parait pas présenter d'hérédité vésanique et neuropathique très nettes. Le père toutefois semble assez débile. Cet homme qui avait fait des études supérieures, confiait sa fille à des cartomanciennes, des charlatants de tout ordre, malgré l'avis de plusieurs membres de la famille appartenant au corps médical.

Les troubles gastro-intestinaux ont cessé ainsi que la fièvre au moment de l'invasion des troubles psychiques. Quelques mois après l'embonpoint est survenu avec, en même temps, la réapparition des régles.

En résumé : Troubles psychiques, à allure schizophrénique, passés à l'état chronique après des préliminaires gastro-intestinaux et fébriles survenus assez brusquement chez une jeune fille de 20 ans, jusque là sans aucun antécédent pathologique. —

Observation VI.

(Obs. de M. H. Bernadou — Société Clinique de Médecine mentale Mars 1923)

P. Gaston, boucher, 28 ans, bien portant jusqu'en juillet 1922, présente à cette époque une affection fébrile considérée par le Médecin-traitant comme une fièvre typhoide. En réalité il ne s'agissait pas de fièvre typhoide vu que la fièvre, légère, n'a persisté que pendant une semaine seulement. Au bout de quelques jours, P..... très abattu, est envoyé à l'hôpital Tenon, d'où on le dirige ensuite sur Ste. Anne avec le certificat suivant de M. Merklen: «dépression mélancolique avec anxiété très marquée, agitation à recrudescence nocturne» la dépression mélancolique est confirmée au service de l'admission par Mr. Colin qui note en outre un état subfébrile. Le malade parvient dans le service du Dr. Marie, où la fièvre légère persiste pendant une semaine. Le malade est déprimé, inerte, mais n'est pas somnolent. Au bout d'une quinzaine de jours, la fièvre est insignifiante mais la confusion persiste.

En septembre 1922, — le malade s'enferme dans le mutisme le plus absolu et présente une série d'impulsions violentes et dangereuses pour ses voisins et pour les infirmiers: une fois, il se précipite sur le veilleur, une autre fois, il renverse brutalement un malade à qui il donne de grands coups de pieds. Il tente quel-

que temps après d'étrangler son voisin de lit. Un autre jour, retournant sa violence contre lui-même, il va se frapper la tête contre un meuble. —

Actuellement, P.... est toujours dans le mutisme, il est calme, inerte. Il ne se décide à manger que lorsqu'on porte les aliments à sa bouche. Indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, il ne semble pas triste. Son visage est figé dans la stupeur. Il résiste énergiquement à son mouvement passif. Il est constamment dans un certain état de raideur musculaire. Mais lorsqu'on le maintient dans une certaine attitude que, tout d'abord, il n'eccepte pas, par exemple dans la position assise, il conserve ensuite indéfiniment cette attitude. Il reste ainsi immobile pendant des heures. Depuis Janvier, le malade qui était primitivement congestionné et émacié présente un certain état de refroidissement cutané et a manifestement engraissé. Ajoutons que ce malade qui a fréquemment les yeux fermés, n'a jamais présenté de somnolence. —

La ponction lombaire, pratiquée en décembre 1922, n'a rien signalé de particulier. —

Bref, impulsions, négativisme, conservation des attitudes, mutisme, indifférence affective, tel est le tableau clinique que réalise acuellement notre malade. —

En résumé : Malade jeune, sans aucun trouble mental antérieurement, présente un syndrome hébéphréno-catatonique par suite d'une période fébrile qui paraît avoir été la phase initiale de la maladie.

Observation VII. (résumé)

(Observ. de M. G. Heuyer, Melle. Badonnel et M. Bouyssou) Annales Médico-psychologiques Février 1929.

M. R..... 14 ans 1/2, vient à la consultation le 9 Février 1927. Le père bien portant, exerce le métier de tourneur, il est très sobre, son père est mort alcoolique. La mère est bien portante. Son père alcoolique est mort à 45 ans d'une maladie de la moelle, sur laquelle nous n'avons pu obtenir d'autres renseignements. La mère est morte à 43 ans, de tuberculose.

Le sujet est né à terme. Accouchement normal, marche à 20 mois, propreté de bonne heure, n'a jamais eu de convulsions. Croup à 4 ans.

A dix ans, il pesait 56 Kilos. Cette obésité est traitée par endocrinothérapie. Il présentait à cet âge un retard de développement des organes génitaux et une ectopie testiculaire.

Traitée chirurgicalement en 1926.

A été en classe depuis l'âge de 7 ans jusqu'à 13 ans. Il y travaillait mal, montrant seulement quelques dispositions pour la musique et le dessin.

L'année dernière au mois de juillet, a présenté très brusquement de l'agitation anxieuse. Il croyait qu'il allait mourir et manifestait le désir de se donner un coup de couteau. Il prenait son pouls pour voir s'il battait encore et voulait se sauver de chez lui pour al-

ler consulter un médecin . Il croyait voir des voleurs s'introduire dans sa chambre et se levait pour échapper à leurs menaces de mort. —

L'agitation a durée deux ou trois jours. — Celle-ci calmée, le délire a persisté. Le sujet tenait des propos incohérents, prétendait qu'une voisine était damnée. —

Au cours de cet état fébrile, la température s'est maintenue entre 39° et 40°. — Elle s'accompagnait de céphalée, de vomissements, dans lesquels le malade croyait «rendre la cervelle». — Après que ces signes furent amendés apparurent des troubles de l'humeur et du caractère. Dès ce moment le sujet devient bizarre, indifférent, ne s'intéresse plus à rien. Alors qu'il était auparavant doux et affectieux envers ses parents, il leur manifeste des sentiments haineux, va même jusqu'à les menacer du revolver. Devient grossier, brutal, frappe sa mère, lui souhaite de mourir du cancer. —

Pendant qu'on lit son observation, il rit sans motifs. Son attitude est nettement discordante. —

Examen somatique:

Puberté acquise.
Voute palatine ogivale.
Pupilles réagissant bien.
Adipose (A maigri de 10 Kilos en 40 jours à la suite du traitement endocrinien).
Acrocyanose.
Otorrhée purulente due à une otite ancienne.
Gastro-entérite récente.
La fiche médicale consituée à ce moment porte la note

suivante: Démence précoce. — Début en Juillet par un état fébrile confusionnel banal.

En résumé : Jeune homme de 24 ans ½, jusqu'alors en bonne santé, est entré d'une façon brutale et d'emblée dans la démence précoce à la suite d'un état toxi-infectieux fébrile qui a duré quelques jours. Après que les phénomènes d'allure aiguë ont disparu, installation de l'hébéphrénie. —

Observation VIII.

(Obs. de M. H. Bernadou. Société Clinique de Médecine mentale. Mars 1923)

P..... 24 ans, métreur, a présenté en 1916 un état fébrile qui a duré un mois environ, et sur la nature duquel nous n'avons pas pu avoir de précisions. En tout cas P..... avait toujours été bien portant à tous les points de vue jusque-là. Cette pyrexie nécessita son hospitalisation à la Pitié, d'où on dut bientôt, le 16 juin 1916, le transferer à St. Anne avec le certificat suivant:

«Débilité mentale. Propos sans suite, préoccupations hypocondriaques» .... P.... remis en liberté trois mois après, a été mobilisée presque aussitôt et envoyé sur le front. Nous ne savons pas comment il s'est comporté dans le régiment de zouaves où il a servi. Mais après sa démobilisation, nous savons qu'il a changé de patron plusieurs fois en peu de temps et qu'il revint à Ste. Anne en Décembre 1921 où le Dr. Marie releva chez lui la confusion mentale. P.... se fit remarquer dans le service par son indifférence affective et des troubles profonds de l'auto-conduction. Il quitta l'Asile le 15 Novembre 1922, réclamé par sa famille, amélioré mais non guéri.

P. est revenu pour la 3e fois à Ste. Anne au début, de 1923, à la suite de vagabondage et d'idées délirantes de préjudice (ses patrons et ses voisins lui en veulent).

Examiné dans le service du Dr. Marie, il présente les mêmes idées délirantes de préjudice mais mal systématisées, floues, incohérentes. On lui en veut, mais il ne sait pas pourquoi, ni comment ni qu'elle personne a pour lui de la malveillance. Ce qui domine chez lui, c'est l'indifférence à tout, à sa famille à sa situation; il ne parle ni de son passé ni de son avenir. Inactif, il ne cherche pas à s'occuper, il reste le plus souvent indécis devant le travail qu'on lui donne. Parfois cependant, il exécute docilement des ordres simples. Il se singularise toutefois par des réactions d'opposition sans motifs plausibles, refusant par exemple de se laisser examiner, ou de s'alimenter. Ses réponses ont parfois des tournures bizarres, empreintes de causticité. Par exemple, nous lui demandons de quelle maladie est mort son père, il nous répond que son père «est bien embarrasé de le lui dire». Il a d'autre part, de temps en temps, des idées de suicide. Ajoutons enfin, comme signes psychiques non moins importants, de l'aprosexie des interruptions dans l'idéation, des phrases inachevées, du retard dans les réponses, des stéréotypies verbales, quelques réponses à côté et de l'écholalie.

Au point de vue moteur, des attitudes contournées un peu maniérées, stéréotypées, et de nombreux tics.

La ponction lombaire pratiquée tardivement est restée négative.

En résumé : Troubles psychiques polymorphes rappelant la démence précoce survenus après une période fébrile qui paraît avoir été la phase initiale

de la maladie chez un jeune homme bien portant à tous les points de vue jusque là. Ce cas, en raison de l'indifférence affective, des troubles de l'auto-conduction, du polymorphisme et de la chronicité de l'affection, ne présente que le tableau de l'hébéphrénie simple. —

Observation IX. (résumé)

(Observation R. Targowla et P. Roubenowitsch).

L'Encéphale.

(Février 1930).

Aline R.... veuve L.... née le 18 janvier 1877 fut internée pour la première fois en Mars 1916. Son état mental était identique à ce qu'il est à présent comme le montre la confrontation des observations; le tableau clinique était dominé par une écholalie et une échopraxie extrêmement accentuées. —

Avant d'être internée cette malade, avait été traitée à l'hôpital Lariboisière pour une affection fébrile aigue, accompagnée de confusion mentale qui laissa à sa suite une lacune amnésique. —

En 1923 elle avait été traitée à l'hôpital Henri Rouselle et le certificat rédigé à cette époque est ainsi conçu: «Dépression mélancolique, avec alternatives de satisfaction et de découragement, indifférence, troubles de la mémoire; incapacité de se diriger convenablement dans la vie».

Le 10 Juillet de la même année, elle entre à Ste. Anne et aux symptômes précédents, s'ajoutent de l'asthénie, de dysmnésie, lenteur des processus psychiques de l'aboulie et le désir de mourir.

Elle reste ensuite internée deux années à la Maison Blanche à la suite desquelles elle peut reprendre son service d'employée de poste. —

Au début de 1929 elle devient fatiguée, déprimée écholalique, très suggestible, confuse et est de nouveau internée. On note l'attitude interrogative décrite par Minkowski, de l'apathie, de l'indifférence. Elle évoque cependant ses souvenirs d'une façon précise et donne des dates assez exactes. —

Cette malade a traversé des phases d'éxcitation génésique.

Le diagnostic d'hébéphréno-catatonie, selon la classification de Kraepelin peut s'appliquer à ce cas. On trouve en effet de l'ambivalence, de suggestibilité, une indifférence affective profonde, une anesthésie morale et une inconscience réelle malgré une certaine intégrité de l'intelligence et la justesse du jugement. —

Il semble bien dans ce cas, qu'on puisse admettre qu'il s'agit d'une psycho-encéphalite tuberculeuse. Les auteurs font, en effet, rapporter que lors de son premier internement la malade était traitée pour un état fébrile aigu dont on sait peu de choses: mais un syndrome bacillaire bénin a ensuite évolué pendant son premier séjour à l'Asile.

Au début du second accès on a noté des petites poussées thermiques et la réaction albumineuse du liquide céphalo-rachidien. —

Cette observation met en évidence la disparition progressive des symptômes de la période de début, la psychose pure subsistant seule à titre de séquelle.

On peut en déduire que certains états hébéphréno-catatoniques sont l'expression d'une atteinte particulière, très atténuée, torpide du névraxe par un virus infectieux sous une forme atypique. —

Observation X. (Personnelle)

(Service de M. le Docteur Prince)

La malade M. J. 20 ans, entre à l'Asile de Rouffach le 24 Décembre 1929 avec le certificat suivant: «Le médecin soussigné (Dr. Mutterer de l'hôpital civil de Mulhouse) certifie que M. J. 20 ans, est atteinte d'aliénation mentale.

Cette malade qui avait été internée à la prison départementale parce qu'elle était accusée d'avoir tué son enfant nouveau-né, a été envoyée à l'hôpital à cause des troubles mentaux.

Elle est extrêmement agitée, désorientée, a des hallucinations, crie et se démène constamment. Dans ces conditions, il y a nécessité urgente de l'admettre dans un Asile..... etc..... etc.»

Des renseignements recueillis dans la famille, il résulte qu'aucune maladie grave n'est à signaler pendant son enfance Pas d'antécédant héréditaire connu. Elle travaillait comme couturière dans un atelier à Mulhouse. —

Au 7e mois d'une grossesse, elle a fait un accouchement prématuré, à la suite duquel elle a été dénoncée par des voisins et soupçonnée, ensuite, de tentative d'avortement.

Arrêtée par la police, elle fut conduite en prison. Presque aussitôt, elle eut à la prison une courte période fébrile, devint fatiguée, courbaturée, accusa des dou-

leurs vagues un peu partout, surtout dans la région abdominale sans que l'examen gynécologique revéla quoique ce soit de pathologique. Après 3 à 4 jours de fièvre pas très élevée (aux environs de 38°) elle commença à présenter des troubles mentaux. Elle resta encore 8 jours à l'infirmerie de la prison de Mulhouse, et fut ensuite tranférée à l'hôpital de la ville, puis à l'Asile. —

A l'entrée Melle. M. parait confuse, répond à côté d'une manière incohérente, ne sait où elle se trouve, ne fournit aucune réponse valable. Appelle «Marguerite, Marguerite d'une façon stéréotypée. De temps à autre un mot raisonnable. Par moment se met à pleurer. Ne sait, ni d'où elle est, ni son âge. A toutes les questions qu'on lui pose, M..... répond à voix basse «Je ne sais pas».

L'examen physique donne les résultats suivants:

Poids: 50 Kgs.

Taille: 1 m 67.

Visage régulier, voûte palatine ogivale.

Les pupilles sont égales et réagissent bien. Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux.
Babinsky: négatif. —

L'auscultation du coeur et des poumons est négative.

Température normale.
Langue en bon état.

Rien du côté de l'abdomen.

Pas d'écoulement vaginal fétide. Urines légèrement albumineuses (0 gr 70)

Examen du sang négatif.

Voici quelques notes relevées sur sa feuille d'observation:

Décembre 1929 — Etat de stupeur; ne manifeste aucun sentiment affectif à ses parents qui sont venus la voir.— Elle est inconsciente du temps et du lieu. Rires niais énégmatique. On arrive à fixer davantage son attention, et à obtenir quelques réponses confuses. Bon état physique. Urines normales.

Janvier 1930—Apathie et indifférence complètes. Entend des voix. Accès de soliloquie. Regards hébétés Lenteur et paresse de l'idéation; émotivité nulle. A augmenté de 1 Kg. 1/2. Très bon état physique.

L'amélioration mentale n'est pas paralèlle à l'amélioration physique.

Mars 1930 — Aggravation de l'état mental. — Complètement désorientée dans le temps et l'espace. Indifférence absolue. Oisiveté. Va et vient autour du lit. Rit ou pleure sans motifs. Discordante. Sitiophobique par moments. Hallucinations de l'ouie persistantes.

Le 8 Mars 1930 quitte l'Asile pour un congé à titre d'essai malgré l'avis médical, sur l'insistance de sa famille, non améliorée. —

Avril 1930 — Les troubles mentaux ayant persisté la famille se trouve à l'obligation de la ramener de nouveau à l'Asile.

Mai 1930 — Actuellement la physionomie de Melle. M. exprime une indifférence complète. Attitude stéréotypée et ébauche de catatonie. Elle reste pendant des heures entières, assise dans son lit, la tête penchée en avant et regarde sa main ou ses couvertures. Elle mange seule, mais si lentement, q'on est obligé de lui porter les aliments à la bouche. — On la voit parfois remuer ses lèvres et marmotter, à voix très basse, des mots incompréhensibles, en même temps qu'elle esquisse un sourire niais.

Très souvent il lui arrive de se lever pour frapper ses voisins ou donner des coups de pieds dans la porte. —

En résumé: — nous n'avons pas relevé d'antécédents mentaux chez cette jeune fille de 20 ans qui, à la suite d'un accouchement prématuré, fut atteinte d'une poussée fébrile de quelques jours, en même temps qu'elle était sous le coup d'assez violentes émotions dues aux circonstances qui ont environné cet accouchement. — S'agisait-il d'une fièvre, post-puerpérale? C'est possible, mais rien d'objectif n'a été trouvé dans l'examen gynécologique pour appuyer cette hypothèse. La durée de la fièvre, peu élevée, n'a été que de 4 jours et pour rester fidèle à la vérité objective, nous devons avouer que la véritable cause de cette fièvre ne nous est pas connue. —

Peut-être ne faut-il pas rejeter complètement les causes morales, ***mais nous devons souligner que les troubles mentaux ont débuté immédiatement après l'épisode fébrile et cet étroit rapport chronologique***

nous autorise à donner un rôle étiologique prépondérant à l'accès fébrile de courte durée, il est vrai, présenté par cette malade. Quant au diagnostic mental, il s'agit d'un état Schizophrénique à forme hébéphréno-catatonique qui continue à évoluer sans particularités spéciales, et qui se confirme chaque jour davantage. —

Considérations générales.

L'Hypothèse d'une origine infectieuse de la démence précoce n'est pas une chose nouvelle. Nous n'avons pas la prétention de le dire ici. Régis a souligné depuis longtemps l'existence de démences précoces post-confusionnelles et infectieuses. Le Professeur Claude, Marchand... etc., ont publié des travaux dans le même sens.

L'apparition d'éléments catatoniques au cours d'états psycho-infectieux graves comme, par exemple, la psychose puerpérale, indique que *certains états d'allure hébéphréno-catatonique* peuvent avoir une *étiologie bien précise,* relevant d'une cause organique. — Mais il ne s'agit pas ici des cas bien classiques, aujourd'hui, de *„confusion mentale chronique",* mais de processus d'hébéphréno-catatonie qui, en apparence, se sont installés au milieu d'un état organique, non pathologique jusque là, et qui en réalité, font suite à des infections ou à des affections médicales courtes, plus ou moins frustes. Dans les dix observations que nous avons recueillies, on a vu, en effet, que la période fébrile, de nature indéterminée, a évolué rapidement, ne dépassant généralement pas une semaine. Les troubles mentaux, qui se sont développés ensuite, n'étaient pas d'ordre confusionnel proprement dit, mais correspondaient à la discordance de l'idéation et des actes telle qu'on l'observe au début de l'hébéphréno-catatonie. L'histoi-

re ultérieure de nos malades a confirmé qu'on avait affaire à de *véritables Schizophrènes.*

— Nous ne voulons pas dire que tous les cas de démence précoce débutent par des états appartenant à la pathologie médicale. Nous n'en n'avons pas les preuves. Mais il y aurait lieu de faire une anamnèse soignée, à ce point de vue, *de tous les cas de démence précoce.* Ce sont les médecins praticiens, qui envoient leurs malades à l'Asile, qui devraient recueillir, avec soins, au moment où ils se présentent, le détail de ces phénomènes pathologiques généraux. *Car, très souvent, lorsque ces malades sont internés, ils ont dépassé déjà les phénomènes liminaires et en particulier la période fébrile que nous signalons.*

— Nos cas ne vont pas absolument contre l'hypothèse, qui a été soulevée par les psychanalystes, de l'origine purement psychogénétique de la démence précoce. — Il peut se faire que des dispositions constitutionnelles, des chocs émotifs, des reveils de complexus psychologiques soient mis en jeu par l'appareil infectieux. Et il est bien probable que le mécanisme du processus est celui-là. De sorte que nous ne sommes nullement en opposition avec les théories énoncées par Bleuler, par Freud, Yung, Adler, par Claude, (schizoïdie, schizomanie, schizophrénie) etc.

— Dans les études de M. de Clérambault et ses collaborateurs (travaux d'Heuyer, rapport de Nayrac, de Lévy — Valensi Congrès de Blois (Juillet 1927) il ressort que le syndrome de l'automatisme mental est édifié sur *une base organique.* Selon ces auteurs, l'au-

tomatisme mental «est une séquelle lointaine d'infections aiguës oubliées, ou même passées inaperçues: diphtérie, fièvre typhoïde, encéphalite épidémique, grippe, troubles puerpéraux, syphilis ayant évolué sans foyer et sans P. G. Il peut aussi être le résultat d'une intoxication chronique soit exogène (alcool, café) soit endogène, (troubles endocriniens, ménopause.....)..... l'attaque subie par les cellules est subtile et systématique parce qu'elles sont frappées à un âge avancé et après une longue période préparatrice. Les cellules nerveuses se défendent d'autant mieux que l'organisme est plus âgé (Loi de l'âge) .....etc.»

De Clérambault réunit, en une pathogénie d'ensemble à base d'automatisme, le délire hallucinatoire chronique et la démence précoce. Mais dans la démence précoce, des phénomènes positifs grossiers, comme les impulsions, et des phénomènes négatifs inhibiteurs dominent et amènent rapidement l'anéantissement de la personnalité première.

La grande objection faite à la théorie de M. de Clérambault c'est la non constatation de lésions.

Nos cas répondent à cette objection capitale. Si nous ne pouvons voir les lésions dans les coupes histologiques, du moins nous connaissons des cas où l'origine infectieuse ne fait aucun doute.

D'ailleurs on tend de plus en plus à voir des analogies entre des lésions trouvées chez les déments précoces et celles que l'on estimait propres à l'Encéphalite Epidemique. Il semble que d'après, bien des constatations, c'est du coté des noyaux gris de la base qu'il

faille orienter les investigations. L'opposition, que l'on a faite, un moment, entre les attitudes catatoniques de l'encéphalite léthargique et les phénomènes que Joffroy réunissait sous le nom de *„myopsychie"* ne semble pas devoir tenir. Et Guiraud dans un travail d'ensemble conclut que *l'indifférence* et la *dépersonnalisation* dans la démence précoce trouvent leur origine dans un trouble ou dans un manque de l'effort kinesthésique et cénesthésique, lui-même lié à des anomalies de la motricité extrapyramidale.

CONCLUSIONS.

I.

Nos observations montrent qu'il y a des faits où la *démence précoce,* dans sa forme clinique la plus incontestable *l'hébéphréno-catatonie,* s'installe dans le décours d'une affection fébrile, souvent d'allure peu intense, s'accompagnant de troubles généraux et réactionnels plus ou moins marqués. On peut, à bon droit, voir là autre chose que des coincidences.

Et il est permis dans ces cas, de rattacher le syndrome psychopathologique, qui s'installe, à l'état fébrile qui l'a immédiatement précédé. —

II.

Il ne nous a pas été possible, vu les circonstances où nous avons été placé, de rechercher la nature de l'état infectieux initial. Dans une observation, des hémocultures répétées, n'ont pas donné de résultat. —

Pour se placer dans de bonnes conditions de recherche, il serait nécessaire de faire les examens cliniques, biologiques ou bactériologiques au moment même où les phénomènes infectieux s'installent, c'est-à-dire avant l'éclosion des troubles mentaux, avant l'internement.
Il est possible qu'il ne s'agisse là que de simples infections banales. Mais il n'est pas interdit d'émettre l'hypothèse d'infections d'un caractère spécifique que des recherches ultérieures pouraient préciser. —

III.

Nos cas sont une confirmation d'hypothèses, émises dans ces dernières années, sur la nature purement organique des psychopathies hallucinatoires. Là se trouve réalisé ce syndrome de *„l'automatisme mental"* d'origine lésionnelle, décrit par de Clérambault, qui constitue le noyau central du complexus symptomatique des délires hallucinatoires, des états confusionnels, de l'hébéphrénie.

IV.

Nous croyons qu'il existe un grand nombre d'autres cas analogues à ceux que nous avons recueillis Mais, souvent, l'état infectieux initial, très fruste, passe inaperçu de l'entourage et même des médecins, et l'on ne garde d'attention que pour les troubles mentaux qui leur font suite, et qui sont autrement plus impressionnants. —

V.

La phase la plus intéressante ne paraît pas être celle où se développent ces troubles mentaux. La période initiale, que l'on qualifie de *liminaire,* qui se traduit par des phénomènes généraux, semble mériter une étude toute spéciale. Cette étude est du domaine de l'observation du médecin praticien. Elle appartient toute entière à la pathologie médicale. —

VU:
Le Président de Thèse
P. CHAVIGNY.

VU:
Le Doyen
P. ANCEL.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg
— Ch. PFISTER. —

BIBLIOGRAPHIE.

BALLET. — Traité de Pathologie mentale. — 1903

BADONNEL et BOUYSSOU avec HEUYER. — Les voies d'entrée dans la démence précoce Annales Médico-psychologiques Janvier — Février— Mars 1929

BARREet REYS. — Lencéphalite épidémique à Strasbourg Bulletin Médical — Avril 1921

BLEULER. — La Schizophrénie. — Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue Française XXX session Genève — Lausanne 1926

BLEULER. — Dementia praecox (Handbuch der Psychiatrie herausgegeben von Prof. Dr. G. Aschaffenburg spezieller Teil 4, Abteilung 1, Hälfte.

BERNADOU H. — Deux cas d'hébéphrénie ayant débuté par une pyrexie. — Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale — Mars 1923. —

BIANCHINI. Sur l'âge d'apparition et sur l'influence de l'hérédité dans la pathogénie de la démence précoce. — Revue Neurologique, 15 Avril 1904 p. 358

CHASLIN. Eléments de Sémiologie et Clinique Mentale 1912.

CHRISTIAN. La démence précoce des jeunes gens Annales Médico-psychol. 1890. —

DE CLERAMBAULT. Automatisme mental et Scission du Mois
Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale — 1920. —

CROCA. Fréquence et Etiologie de la démence précoce (Bulletin Société Med. Mentale Belgique Sept. 1904).

DAMAYE. Eléments de Neuro-psychiatrie 1923.

E. GELMA. Le rêve et les maladies de l'esprit — Revue Hebdomadaire 1928.

E. GELMA. L'Olfaction et la Psychiatrie. La vie médicale 1927.

E. GELMA. Les limites de la croyance religieuse morbide. —
Les Editions universitaires de Strasbourg 1929.

GUIRAUD. Conception neurologique du syndrome catatonique Encéphale 1924.
Les délires Chroniques — Encéphale 1925.

HEUYER.	Les voies d'entrée dans la démence précoce.
JUQUELIER.	Historique critique de la d. p. Revue de Psychiatrie — 1906.
P. KAHN et GALLAIS.	Tuberculose et Démence précoce l'Encéphale 1913.
KLIPPEL et LHERMITTE.	Lésions anatomiques de la démence précoce l'Encéphale 1906.
KRAEPELIN.	Introduction à la Psychiatrie Clinique (Traduction de M. M. Albert Devaux et Prosper Merklen 1907)
KRAEPELIN.	Psychiatrie 1904.
KRAFFT — EBING.	Traité clinique de Psychiatrie 5e édition, traduction Laurent Paris 1897)
LUNDBORG.	Hypothèse sur la nature du syndrome catatonique. Rev. Neurolog. Sep t.1905.
LAURES.	La confusion mentale chronique et ses rapports avec la démence précoce. Thèse de Bordeaux 1907.
MAGNAN.	Leçons Cliniques sur les Maladies mentales 1893.
MARCHAND.	Considérations Anatono-Cliniques sur la démence précoce. Annales Médico-Psychologiques 1928. —
MARCHAND.	Démence précoce chez les hérédo-Syphilitiques L'Encéphale 1914. —

MASSELON. Psychologie des déments précoces. Thèse de Paris 1902.

MASSELON. Les voies d'invasion dans la démence précoce — L'Encéphale 1904.

MINKOWSKI. La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels 1925. —

MOREL. Maladies Mentales 1860. —

Melle. PASCAL. La Démence précoce 1911.

PFERSDORFF. Un cas de dementia précocissima Bulletin de la réunion pediatique de Strasbourg. Juillet 1925.

PFERSDORFF. Contribution à l'Etude de la stupeur encéphalitique. Strasbourg Médical 1923.

REGIS. Précis de Psychiatrie 6e Edition 1923.

ROGUES de FURSAC. Manuel de Psychiatrie 6e Edition 1923.

ROBINOWITSCH et PHULPIN. Etiologie de la démence précoce. — Revue Neurologique 1905.

SALAZAR ALVAREZ. Psychoses toxi-infectieuses et démence précoce. Annales Médico-psychologiques 1909.

SERIEUX et MASSELON. Les troubles psychiques chez les déments précoces (Annales médico. psychologiques 1902).

STECK. Critique sur l'étiologie de la démence. L'Encéphale 1925

TARGOWLA et ROUBENOWITSCH. Syndrome schizophréno-catatonique suivi depuis quatorze ans L'Encéphale. Février 1930.

VERNET. Quelques cas de démence familiale. Contribution à la recherche de l'étiologie de la démence précoce. — Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale 1920. —